

様式 4

〔 歯科外来診療環境体制加算 1
 歯科外来診療環境体制加算 2 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準(該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること)

| | |
|--|--|
| | 歯科外来診療環境体制加算 1 (2 から 5 までの項目について記載) |
| | 歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号 : (歯初診) _____ |
| | 歯科外来診療環境体制加算 2 (全ての項目を記載) |
| | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号 : (病初診) _____ |

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

| 受講者名 (常勤歯科医師名) | 講習名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該講習会の主催者 |
|-------------------|-----------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

| 氏 名 (常勤・非常勤) | 氏 名 (常勤・非常勤) |
|--------------|--------------|
| 1. (常勤・非常勤) | 3. (常勤・非常勤) |
| 2. (常勤・非常勤) | 4. (常勤・非常勤) |

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

| 一般名称 | 装置・器具等の製品名 | 台数(セット数) |
|-----------------------------|------------|----------|
| 自動体外式除細動器 (AED) | | |
| 経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |
| その他 | | |

5 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 緊急時の連絡方法等 | |

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

| | |
|------------------------|-------------|
| 安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 | |
| 委員会の開催回数 | _____ 回 / 月 |
| 委員会の構成メンバー | |
| 安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況 | |
| | 年 _____ 回 |
| 研修の主な内容等 | |